



PACIENTE FORMA DE REGISTRACION

FECHA: _____

Nombre: _____ Apellido: _____

Otro Nombres usado: _____ Sexo: Masculino Femenino Transexual

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Estado Civil: Casado Soltero Viudo Divorciado Separado Compañero

Numero de Telefono (Casa) (_____) _____ (Cellular)(_____) _____ Podemos dejar mensaje? Mensaje Breve Mensaje Extendido

Fecha de Nacimiento (Mes/Dia/Año): ____/____/____ Numero de Seguro Social _____ - _____ - _____

Correo Electronico: _____ Farmacia: _____

Contacto de Emergencia: _____ Telefono _____ Relacion _____

Parte Responsable (Si el paciente es menor de edad completar esta seccion):

Nombre: _____ Apellido: _____ Relacion _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ SS# _____ - _____ - _____

Contestando las siguientes preguntas, usted nos dará información que necesitamos adquirir fondos para ayudar a los residentes sin seguro y con seguro insuficiente en nuestra comunidad. Esta información también nos ayuda a reconocer a los pacientes que califican para especialmente financiados por programas o servicios. Esta información será parte de su expediente médico confidencial.

	SI	NO		SI	NO
Firmar contrato de arrendamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vive en vivienda temporal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vives con un pariente, amigo o pareja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vive en un refugio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vive con otra familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vive en vivienda publica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esta sin hogar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Informacion de Aseguranza:

Empleado: Si No Si tiene empleo, Tiempo completo Tiempo Partial

Empleador: _____

Direccion de Empleador: _____

Estudiante: Si No Tiempo completo Tiempo Partial

Seguro Primario: _____ Nombre Asegurado: _____

Identificacion #: _____

Relacion con paciente asegurado:

Mismo Esposo (a) Hijo (a) Otro

Numero de personas en casa del paciente: _____

Ingreso mensual: \$ _____

Que tipo de trabajo hace el paciente? (Circulo uno)

Profesional Oficina Ventas Servicio Obrero
Otro Agricultura Si es agricultura, empleado Migrante o Temporal

Primer lenguaje del paciente: _____

Grupo ethnico: Hispano No-Hispano

Raza (Circulo uno):

Africano Americano/Negro Indio Americano Nativo de
Alaska Asiatico Blanco Islas Pacificas

Otra Raza : _____



POLICIA DE PAGO: En cuanto a **Medi-Cal** o **Medicare** por favor indíquenos su tarjeta actual en cada visita. Si usted tiene una parte del costo, se le pedirá que pagar esa cantidad en el momento del servicio. **Seguro privado**, por favor proporcionarnos una copia de su tarjeta de seguro en cada visita, todos los co-pagos y deducibles son debidos al tiempo de servicio. Pacientes **privado pago** completo nos importe debido al tiempo de servicio. Aceptamos efectivo, cheques y tarjetas de crédito. Le ofrecemos un descuento tarifa de desplazamiento si usted califica. Solicite información adicional a una recepcionista. Todo desplazamiento cuota programa copagos se esperan en el momento del servicio. Ofrecemos **programas de gobierno** diferentes en el cual usted puede calificar. Si desea más información por favor preguntaría a nuestra recepcionista. Dependemos de su pronto pago por los servicios que podemos seguir proporcionar atención médica de bajo costo para nuestra comunidad, calidad. Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. _____ **(Iniciales)**

CONSENTIMIENTO: En orden para proporcionar tratamiento, mandar la facture a su aseguranza, o comunicar la informacion autorizada requerida por la compania de seguros, necesitamos recibir su permiso, si usted pone sus iniciales en las areas indicadas y proporciona su firma en la parte inferior de la pagina.

ASIGNACION DE BENEFICIOS/ACUERDO FINANCIERO: Autorizo el pago de prestaciones médicas a Marin City Health and Wellness Center (MCHWC) para los servicios profesionales prestados. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos o no están cubiertas por el seguro. En caso de incumplimiento, estoy de acuerdo en pagar todos los costos de recolección y honorarios de abogado razonables. _____ **(Iniciales)**

LIBERACION DE INFORMACION: Yo autorizo, emitir toda la infoormacion necesaria para asegurar el pago de beneficios, relacionado con mi cuidado medico. Futuramente estoy de acuerdo que esta copia es valida como la original. _____ **(Iniciales)**

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO: Yo por este medio autorizo y consiento a procedimientos necesaruos para diagnostic y tratamiento para mi persona y familia durante el tiempo que soy paciente de MCHWC. _____ **(Iniciales)**

Su firma abajo indica que ha leído, entiende y está de acuerdo con la policia del pago y consentimientos. Este acuerdo permanecerá en vigor hasta que sea revocada por el paciente por escrito.

Firma del Paciente _____ Imprima su nombre _____ Fecha _____

NOTICIA DE PRACTICAS PRIVADAS: Marin City Health and Wellness Center esta comprometido con la protección de su información personal de salud de conformidad con la ley. El Aviso de Privacidad Estados: (una copia serán entregados previa solicitud).

- Nuestra obligacion bajo la ley con respecto a su informacion personal sobre la salud
- Como usaremos y revelaremos la informacion sobre su salud, que mantengamos sobre usted
- Sus derechos relacionados a su informacion personal sobre su salud
- Como presentar una queja si usted cree que su derechos de privacidad han sido violados
- Las condiciones que aplican a el uso de relevacion y compartimiento de su informacion no es tan descritas en esta noticia
- La persona de contacto para informacion en el futuro acerca de nuestras practicas privadas

Por la presente reconozco que he recibido/estado ofreció una copia de la notificación de prácticas de privacidad.

Firma del Paciente _____ Padre (Si menor de edad) _____

Fecha _____

MEDICARE FIRMA EN EL ARCHIVO: Yo solicito el pago de autorizacion y de beneficios Medicare seran hechos en mi nombre ha MCHWC, de cualquier servicio prestado hacia mi persona por la lista de proveedores/suplidores. Yo autorizo ha qualcier titular de informacion medica acerca de reveler o compartir ha el cuidado de la salud y cuidado financiero. Administracion y sus agentes, cualquier informacion necesitada para determinar estos beneficios pagados a servicios relacionados. Yo entiendo que mi firma en la parte baje, require que los pagos sean hechos y autorizo a reveler informacion medica, necesaria para pago de el reclamo. Encaso, "Si otras aseguranzas medicas, " estan indicadas e en la forma HCDA-1500, o en parte aprobada por reclamo de formas electronicas y reclamos sometidos, mi firma autoriza a reveler informacion a la agencia o aseguranza que se indica. Encaso asignados a Medicare, los provedores o suplidores esten de acuerdo en aceptar los cargos determinados por portadoes de Medicare como cargo completos y el paciente es responsable solamente de el deducible, la co-zseguranza y el deducible estan basados en el cargo determinado de el portador de Medicare.

Firma del Paciente _____ Imprima su nombre _____ Fecha _____



Noticia Acerca De Instrucciones Anticipadas

Instrucciones anticipadas son escritas, instrucciones en las cuales usted nos comunica sus deseos de el cuidado y tratamiento, que usted desea, si llega al punto que usted no puede hacer/tomar decision propias sobre su salud.

Todas las facilidades de salud, estan requeridas por el estado de California a proporcionar a los pacientes con informacion escrita acerca de 1) El derecho a aceptar o rechazar tratamiento 2) El derecho a preparar instrucciones anticipadas. La ley no requiere que usted en realidad tenga y haga instrucciones anticipadas.

Si usted ha hecho/tomado Decisiones Anticipadas, usted debe proporcionar a su proveedor de salud una copia para asegurarse de que sus deseos sean entendidos